QUINTESSENCE INTERNATIONAL
GENERAL DENTISTRY

Copyright by
All rights reserved

Michal
Halperin-Sternfeld

The association between dental proximal restorations and periodontal disease: A retrospective 10–18 years longitudinal study

Michal Halperin-Sternfeld, DMD, MSc[1]/Michael Saminsky, DMD[1]/Eli E. Machtei, DMD[2]/Jacob Horwitz, DMD[3]

Accademia Italiana
di Odontoiatria
Conservativa e Restaurativa

L'articolo che mettiamo in evidenza questo mese prende in analisi la possibile correlazione tra restauri interprossimali e malattia parodontale. È infatti noto che i restauri possano rappresentare delle zone di ritenzione e accumulo di placca batterica. Lo scopo di questo studio è quindi quello di valutare un'eventuale associazione a lungo termine tra restauri diretti che coinvolgano l'area interprossimale e l'incidenza e la progressione della malattia parodontale in pazienti in terapia di mantenimento. Trattasi di uno studio retrospettivo che prende in esame i seguenti parametri parodontali in un gruppo di pazienti afferenti ad uno studio privato specializzato in parodontologia: profondità di sondaggio (PPD), sanguinamento al sondaggio (BOP) e stato radiografico. Inoltre sono stati registrati i sovra e sottocontorni marginali dei restauri effettuati. L'associazione tra questi parametri è stata valutata con analisi descrittiva e statistica al momento della valutazione iniziale del paziente (T0), dopo la terapia causale (T1) e dopo ≥ 10 anni dalla valutazione iniziale (T2), durante i quali era stata condotta una terapia di supporto non chirurgica.

In totale sono stati esaminati 1301 elementi dentari. La PPD media sulle superfici dentali non coinvolte da restauro era di 3.7 ± 1.7mm, 3.1 ± 1.3 mm, and 2.8 ± 1 mm a tempo 0, tempo 1 e tempo 2 rispettivamente. Tasche parodontali più profonde sono state individuate a livello delle superfici interprossimali restaurate, con una PPD media di 4.4 ± 1.8 mm, 3.6 ± 1.4 mm, and 3.2 ± 1.1 mm, rispettivamente a T0, T1 e T2 ($p<.001$). Inoltre una profondità di sondaggio significativamente superiore è stata riscontrata in corrispondenza di superfici dentali che mostravano restauri con una qualità marginale non adeguata.

Più precisamente, la PPD in questi casi era di 4.9 ± 1.9 mm, 4.1 ± 1.5 mm, and 4 ± 1.7 mm vs 4.3 ± 1.8 mm, 3.6 ± 1.4 mm, and 3.1 ± 1.1 mm, rispettivamente a T0, T1 e T2 ($p<.001$). In conclusione, il presente studio retrospettivo conferma come i restauri che coinvolgono le superfici interprossimali possano essere deleteri per il mantenimento della salute parodontale. Una significativa associazione è stata infatti riscontrata tra restauri prossimali e incidenza di malattia parodontale. Questa associazione era poi ulteriormente implementata nei casi in cui i restauri presentavano sovra e sottocontorni marginali, mentre era attenuata nei pazienti che ricevevano routinariamente una terapia parodontale non-chirurgica di mantenimento. Da questo studio possiamo quindi percepire quali possano essere i risvolti negativi di un restauro di seconda classe sul tessuto parodontale di supporto. Il ripristino di un corretto profilo di emergenza, l'esecuzione di un efficace punto di contatto e di una chiusura marginale precisa e rispettosa dell'anatomia originaria, associata a una scrupolosa fase di rifinitura e lucidatura, sono dunque fondamentali per preservare il più possibile i tessuti parodontali da un danno che potrebbe diventare irreversibile. A questo si aggiunge l'importanza, soprattutto in pazienti suscettibili, di programmare una terapia parodontale di supporto, ponendo particolare attenzione alle zone interprossimali che sono state oggetto di procedure restaurative.